

LD 及びその周辺乳幼児の理解と保育の課題

丸 山 美和子

〔抄 録〕

LD 及びその周辺乳幼児の発達の特徴を神経心理学的に分析し、子ども理解と保育課題設定における基本的視点を整理した。保育実践上の課題を考えるにあたっては、一人ひとりの子どもの発達や障害の特徴を正しく理解することが前提となる。その上で、生活リズムを確立し発達の土台を培うこと、全身の粗大運動・手指の微細運動を充分に行なうこと、遊びを豊かにする中で対人関係と情緒の働きを育てることが、一般的課題としてあげられる。さらに、基本的安全感を大切に二次障害を防ぐことも重要である。

キーワード 障害児保育，学習障害，LD

I 問題の所在

最近、発達全体の遅れは感じられないのに行動上の問題を示す子ども、特定能力の落ち込みが感じられる子どもなど、理解困難な子どもが増えているという訴えを、保育実践現場においてしばしば耳にする。その中には、「LD」や「ADHD」と診断される子どもが多数含まれていると考えられる。事実、筆者の発達相談臨床においても、そのようなケースの相談が増えている。

LD は、アメリカにおいてはおよそ 20 年以上前からその存在が指摘され、治療的対応が考えられていたが、日本においては最近やっと広く認知され始めたと言って良い。アメリカでは 1988 年に「全米学習障害定義作成合同委員会」が LD についての定義をまとめた。日本では、文部省の諮問を受けた協力者会議が 1999 年 7 月に最終報告をまとめ、やっと LD の一応の定義が確立したところである。

それまで LD は、その定義自体があいまいであったことから、診断基準も確立しておらず、日本における出現率を正確に算出するには至っていなかった。しかし後述するように、現在、LD については 2～3%、その周辺群としての ADHD については全体の 3～6% という報告もある。とするならば、LD 及びその周辺群の子どもは、40 人学級の中に 2～3 人程度存在していても不思議ではない。

このような現状の中で、今日、LD 及びその周辺の障害を早期に発見し教育する体制を整えること、さらに保育・教育の指導方法を確立することが緊急の課題となっている。そこで、本小論においては、LD 及びその周辺の問題が疑われる乳幼児の発達の特徴を神経心理学的に分析し、さらに保育実践の基本的視点を整理することを通してこの課題に迫りたいと考えている。すなわち、事例研究も含めて、LD あるいはその周辺乳幼児の理解と指導のポイントについて考察を行ない、彼らの「特別なニーズ」に応じた保育実践組み立ての視点を明らかにしようとするものである。

II LD 及びその周辺乳幼児の理解を巡って

2.1 LD 及びその周辺群の概念

LD とは Learning Disabilities の頭文字を取った略語であり、日本語では「学習障害」と訳される。しかし、「学習障害」は学校での勉強ができない子どもと誤解されることがあり、それを避けるために LD という用語が用いられることが多い。

LD は元々、教育学や心理学からアプローチした概念であったと言われている。医学の領域からは、MBD（微細脳損傷）という用語が使用された時代もあるが、医学的検査において脳損傷の根拠を示し難いこと、原因を問題とする傾向の強いドイツ医学中心から症状を問題とする傾向が強いアメリカ医学へという流れがあったことなどから、最近では「MBD」という診断はほとんど耳にしなくなった⁽¹⁾。

日本においては、1999 年 7 月 2 日、「協力者会議」によって初めて日本の LD の定義がまとめられ、報告された。それは、以下のようなものである。

学習障害とは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指すものである。学習障害は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接の原因となるものではない。

定義の確定過程において色々な議論があったと報告されているが、症状について、「聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力」に限定されたのが特徴であろう。保育現場においては、このような能力的側面よりも、むしろ「パニックを起こしやすい」「集団生活になじみ難い」「友達とのトラブルが絶えない」「注意散漫で多動」と言ったような行動面の問題の方が深刻なのではないかと推察されるが、それだけでは LD とは言わないことが明確になった。そういった症状を持つ子どもたちは、ADHD として理解される。

しかし、実際には LD と ADHD の症状を重ね合わせて持つ子どもがかなり多い。医療機関

において単に ADHD とのみ診断されている子どもに対して、種々の心理学的検査を行なうと、実は LD も併せ持っているということを筆者はしばしば経験している。さらに、「運動がぎこちない」「手先が不器用」という「中枢性運動協調障害」とでも言えるような症状を合わせて示す場合も極めて多い。ADHD や「中枢性運動協調障害」の症状を持つ子どもたちを、ここではとりあえず LD 周辺群と位置づけて論を展開していきたい。

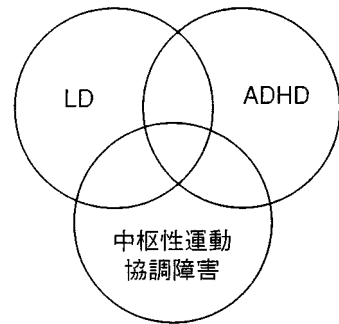


図 1

筆者は LD と ADHD、さらに中枢性運動協調障害の関係は、図 1 のような関係にあると理解している。

さて、LD 並びに LD 周辺群と思われる子どもたちは、現在どのくらいの割合で存在するのであろうか。この質問に答えることは、大変に難しい。なぜなら、先にも述べたように、日本における LD の定義が確定したのが 1999 年であり、ADHD についても、今日なお医療の分野において実際に診断が確立しているとは言い難い状況があるからである。それでも、現在の報告の中では LD 児が、アメリカにおいては子ども全体の 4～5%、日本においても 2～3% 程度存在し⁽²⁾、ADHD については 3～6% 存在する⁽³⁾とされている。LD と ADHD は図 1 のように重なっている部分がかかなりあり、現時点では、正確な出現率を算定することは困難と言えよう。

なお、先に述べたように保育実践現場では、このような「特別なニーズ」をもった子どもが増えていると感じられている。一方これに対して、LD 等の子どもは以前から同じ出現率で存在したが、診断技術が進歩したことと、周囲の状況の変化により目立つようになったのではないかと意見もある。しかし、保育・教育実践現場の実感としては、やはり「増えている」と感じられ、確実に従来の指導方法が通用しなくなったと受け止められている。

LD 及びその周辺群の子どもたちが最近増えてきた背景として、食品公害や大気汚染等の複合的環境汚染の影響を完全に否定することは難しい⁽⁴⁾。ダイオキシンの影響により子どもの脳に軽い障害が生じてきているという指摘もある⁽⁵⁾。生活様式の変化と合わせ、複合的環境汚染の影響等により、LD 及びその周辺群の気になる子どもが実際に増えてきているのではないかと、筆者は仮説を立てている。

2.2 LD 児の特定能力の落ち込みに対する神経心理学的理解

さて次に、LD 児の特定能力の落ち込みを神経心理学的に分析してみたいと思う。発達上大きなアンバランスを示す子どもの特徴を「動作性優位」と「言語性優位」に分けて説明する。

2.2.1 動作性優位の子ども

言語を用いて課題解決するよりも、操作や行動を通して課題解決をする方が得意な子どもを

「動作性優位」と呼んでいる。「聞く・話す」という言語の力に落ち込みを持っている LD は、このタイプに属すると考えられる。

パターン認識は比較的優れており、パズルや図形の模写や積み木の構成などは得意である。しかし、豊かに対話したり、生活経験を言語で表現したり、質問に対して言語で的確に答えたりすることが困難である。大脳左半球機能の問題の症状として現れることが多い。

動作性優位の子どもの場合、比較的優れているパターン認識ばかりに目を奪われず、遅れている言語のレベルに視点をあてて発達の課題を理解することが重要である。その際、言語は総合力であり、運動機能や手指操作機能、対人関係や表情の発達とも密接な発達連関を持つこともふまえておきたい。

2.2.2 言語性優位の子ども

一方、言語活動のレベルに比して極端に苦手な活動領域を持つのが「言語性優位」の子どもである。LD の場合は、「読む、書く」能力に落ち込みを示す。

言語性優位の子どもは、相対的に大脳右半球の機能の問題が大きいと考えられる。もちろん、間脳や脳幹等に障害や機能不全を持っていて、それこそが主たる原因の場合も考えられるが、大脳左半球に比して、右半球における機能上の問題が大きいとは言えるであろう。右大脳半球の機能障害の主な症状としては、一般的に、「空間失認」「構成失行」「顔貌失認」「左半側身体失認」等が挙げられている⁽⁶⁾。LD 児の「読む、書く」という機能の落ち込みも、「空間失認」や「構成失行」の問題と関連して生じるものと考察される。

保育所の年長児で6歳半になるS児は、発達全体の遅れは認められず、言語も非常に達者であったが、描画課題において著しい落ち込みを示した。たとえば、一般に4歳頃には可能となる四角形模写の課題ができなかった。もちろん、三角形や菱形模写もできない。「書く」力に弱さのあるLDであると判断された。形を弁別することはできたが、それを模写できない。視覚・運動統合機能に問題が感じられた。彼は、自信のある言語性の課題においては生き生きと検査に応じたが、自信の無い描画課題になると途端に拒否的になった。「疲れた。もうだめ。力が入らない。鉛筆が持てない」などと言いながら、わざと鉛筆を落として見せたりした。得意な言語を用いての、彼なりの自己防衛であったと思われる。

このような子どもは口が達者であるため、「こんなに良く分かっているのにできないのは、ふざけているから。わざとしないでいる」と誤解されることがしばしばある。しかしS児のように、機能上のアンバランスから生じる姿として理解しなければならない場合も多いと考えられる。

なお、言語性優位の子どもは左脳優位であると考えられるため、「読む、書く」といった力の落ち込みのみではなく、その他の面でも行動上の問題を現しやすい。たとえば、「顔貌失認」のために人の表情を読み取ることが極めて苦手な子どももいる。相手が泣いているのか笑っているのかを的確に把握することができない。そのために、人の気持ちを理解できず、行動が自

己中心的になる。結果、対人関係が極めて悪いという状況をもたらすのである。このような子どもが対人関係上のトラブルを起こした場合、頭ごなしに叱っても全く効果はない。本人は、なぜ叱られたのかさえ理解できないということもある。他者の気持ちを言語で説明したり、本人にそれを考えさせるような問いかけをしたりという指導を繰り返すことが必要であろう。

「空間失認」は日常的には方向音痴として表れることが多い。私は、学校の中ですら迷子になるという言語性優位の子どもに会ったことがある。また、「空間失認」や「構成失行」を持つ子どもは、「片付けや整理・整頓がへた」とも言われる。自分の靴箱やロッカーの位置を覚えにくく、物と物をどのような位置関係に置いたら良いのかということも理解しにくいからである。こうした子どもは「図と地の弁別」も苦手なのか、往々にして探し物も下手である。

「左半側身体失認」がある場合には、左手を使おうとしない傾向が出てくる。左腕をダランと下に垂らしたままにしていることが多く、両手の協応が必要な場合にも使おうとしない。そのため、両手の協応がぎこちなくなり、道具の操作などに不器用さを示しやすい。また、食事場面でも左手で食器を持とうとせず、体をかがめて口を食器に近づけて食べることもある。

このように、言語性優位の子どもは、様々な活動場で「できない」部分や「苦手」な部分を持つ。しかし一面、理解力があり言語もしっかりしているため、「こんな簡単なことが何故できないのか」が周囲に理解されにくい。そのため、その原因が親の躰の問題とされたり、本人の性格の問題とされたりすることが多い。しかし、そのような誤った理解では適切な指導や援助を行なうことは不可能であり、場合によってはさらに問題を拡大していくことさえ考えられる。言語性優位の子どもを、「口が達者」という表面的な部分のみで分かったつもりになるのではなく、アンバランスな状態を正しく理解することが必要であると言えよう。

2.3 LD 周辺乳幼児の行動特徴に対する神経心理学的理解

2.3.1 ADHD

次に、ADHD について説明したい。ADHD とは「注意散漫多動性障害」と言われるもので、まさにその名の通り注意散漫で多動な状態を指した診断名である⁽⁷⁾。その他、パニックを起こしやすい、こだわりを持ちやすいというような特徴もある。こだわりのために、特定のものには集中する場合もある。その症状は中枢神経系の機能不全によるものと考えられるが、先にも述べたように、ADHD は症状に対する診断であるため、色々な障害の子どもが、併せて ADHD の症状を示すという場合が多い。LD だけではなく、自閉症や知的障害の子どもも ADHD の症状を持っていることがある。

一般に、人間の脳の機能としては「興奮過程」と「抑制過程」があるとされている。外界のある刺激に対して脳のある部分が強く興奮する（興奮過程）と、他の刺激に対する反応を抑制（抑制過程）し、特定の刺激のみに反応することで注意を集中させる。しかし、この「抑制過程」の機能に弱さがあると、他の色々な刺激の全てに反応してしまい、注意が転がされてし

まう。このような、注意の転導性が高い状態を持っている子どもを ADHD と理解することができる。

たとえば、最初は保育者に注意を向けていたが、廊下を人が通るとそれが気になったり、遠くでサイレンの音がするとそちらに気をとられたり、次々と色々な刺激に反応してしまう。これは脳の機能不全の症状であることから、自己でコントロールすることは難しい。その結果、どんなに叱られても、常にガサガサと体を動かしていたり、場面と無関係なことを次々としゃべったりする。集団活動場面では、なかなか他児と歩調を合わせた行動をとりにくい。

最近、医療の世界では注意散漫な状態を薬でコントロールする治療法が多く試みられている。ADHD はドーパミンという神経伝達物質の分泌の悪さに起因することが知られてきているが、ドーパミンの分泌を誘発する薬を投薬することで症状を抑制しようとするものである。薬により「抑制過程」を興奮させることで、注意の集中力を高めるものと理解できよう。日本では主にリタリンという薬が多く使用されている。アメリカで使用されている他の薬は、覚醒剤と成分が極めて近いため、日本では禁止されているものが多いという⁽⁸⁾。日本において使用が許可されている薬についても、食欲不振や睡眠障害等の副作用があること、薬の効き目は一定時間しか持続しないこと、いつまで薬を飲み続けなければならないのか明確でないこと、投薬はあくまで対症療法であること等から、投薬に対しては慎重であるべきだという意見もある。

2.3.2 運動協調障害

LD 周辺群の子どもの中には、極端な運動の不器用さを示す子どももいる。その不器用さは、全身の粗大運動におけるぎこちなさとして現れる場合もあるし、手先の細かな操作の不器用さとして現れる場合もある。「中枢性運動協調障害」とでも言えるような、粗大・微細運動の不器用さについて述べる。

2.3.2.1 協応運動のぎこちなさ

「中枢性運動協調障害」が疑われる子どもは、手と足、右と左の協応運動に極端な不器用さを示すことが多い。

協応運動とは二つの異なる動作を一つにまとめあげる動作である。「中枢性運動協調障害」のある子どもは、この協応運動につまずきを生じやすい。たとえば、手で縄を回しながら跳ぶ「縄跳び」や、手と足の異なる動きを同時にリズムカルに行なう体操などが苦手になる。スキップのように右と左を協応させる運動も苦手になりやすい。

2.3.2.2 ラテラルティの混乱

発達上のアンバランスにより運動に不器用さのある子どもは、ラテラルティの混乱を示す場合がある。ある動作を行なう際、利き目と利き手と利き脚の側が左右バラバラになる。ラテラルティとは、「左右対になっている二つの器官がなんらかの機能的、あるいは構造的特性の点で対称的な、あるいは鏡映的な関係をとらずに、その特性を一方の器官に偏在させることであ

る」⁽⁹⁾と定義されている。しかし、単に、左右が異なるという意味ではなく、それは、「左右への分化・統合」といった概念であると言われており⁽¹⁰⁾、神経心理学的には、「利き側と利き脳」の問題として考えられている。

筆者が以前に行った研究結果では、3歳代の子どものおよそ80%がすでにラテラルリティの同側化傾向を示していた⁽¹¹⁾。しかし、LDの子ども達においては、生活年齢が高い場合でもかなりの子どもがラテラルリティの混乱を示した⁽¹²⁾。

ラテラルリティの混乱が疑われる子どもは、必然的に全身の協応運動がぎこちなくなる。たとえば、緊張した場面で腕を振って歩こうとすると、同側の腕と脚が同時に前に出たりする。また、ボールを片手で投げる際には、投げる手(利き手)と反対側のあしを軸脚として、同側のあしを動かし重心の位置を変えながら投げるのが一般的であるが、ラテラルリティが混乱している子どもは、片手投げができなかったり、投げる手と同側の脚を軸にして反対側の体の力をほとんど使わずに投げたりする。

2.3.2.3 正中線交差が困難

ラテラルリティに混乱を生じていると思われる子どもは、利き手の確立が不十分であることから、手・腕の正中線交差の運動もうまくいけなくなることが多い⁽¹³⁾。たとえば、右手で左の耳を触ったり、逆に左手で右の耳を触ったり、さらに、両手同時に反対の耳を触ったりというような動作が困難になるのである。

正中線交差の運動が困難な子どもは、描画場面で、用紙の利き側の反対側部分を思うように使いにくい傾向がある。中には、絵を描かせると、用紙の左半分は左手で、右半分は右手で描く子どももいる。以前出会った5歳の右利き男児は、正面横向きに置いてあるA4の用紙に左から右への横線を引く際に、まず右手に持っていた鉛筆を左手に持ち替えて横線を引き始め、中央の所で再び右手に持ち替えて用紙右半分の直線を引き終えた。

さらに正中線交差が困難な子どもは、そのことから運動系列にも問題を示しやすい。たとえば、左から右への線が引き難く、どうしても右から左へと手が動いてしまったり、外転(右回り)の円が描き難く内転(左回り)になってしまったりという傾向を示す子どももいる。

視覚・運動系列に問題を持っている子どもは、日常的には文字学習の場面でつまづきを示しやすいと考えられる。鏡映文字を書きやすくなる。このような子どもに文字指導を行なう場合、「よく見て書きなさい」というだけでは適切な指導とは言えない。運動系列の問題があることが理解できたなら、文字学習に必要な運動系列(左から右、上から下、右回り等)を獲得できるような訓練(学習)が必要となろう。

2.3.2.4 ATNRの統合の問題

エアーズはLD児の場合、上位脳による下位脳の統合が悪いため、一定条件の下で、原始反射であるところのATNRが上肢に誘発されうることを明らかにした。子どもに両手と両膝でからだを支える四つ這い位の姿勢をとらせ、顔を右にむかせたり左に向かせたりする。そう

すると神経系統合の悪い子どもの場合、顔が向いていない方の腕に肘の屈曲反応が現れるというのである。エアーズは、これを「ATNR の統合度のテスト」とし、LD 児の診断に有効であると主張した⁽¹⁴⁾。しかし、ATNR の統合度は中枢神経系の機能の問題であるため、LD 児に限らず、他の脳障害を持つ子どもにも現れることが考えられる。実際、自閉症児や発達上のアンバランスを持つ子どもにはこの反応が現れやすいことが観察される。

2. 3. 2. 5 保護伸展反応の問題

最近の子どもの中には、転んだ時に手を着いて体を支えられない子どもが増えたと言われている。「中枢性運動協調障害」をもつ子どもの中には、そのような運動のぎこちなさを見せる子どもが非常に多い。

直立二足歩行を行なう人間は、体が倒れそうになると、手を着いて体を守ろうとする反応を持っている。乳児は、6 か月頃になると、空中において腹部を下にした状態で胴体を水平に支えられ、そのまま床に着地させられる際、両手をきれいに開き、手で体を支えようとする。「パラシュート反応」と呼ばれるものである。また同じ頃、座位の姿勢で前に倒れそうになると、前に両手を着いて体を支えるようになる。さらに7～8 か月頃になると、座位の姿勢で横に倒れそうになったとき、倒れそうな側の手を開いて腕を伸ばし、それで体を支える。11～12 か月では、座位から後方へも手を出して倒れないように支える力を獲得する。これらは「保護伸展反応」と呼ばれるものであり、今述べたように乳児期後半に獲得される。

「保護伸展反応」は「首の立ち直り反応」に支えられて出現すると考えられている。「首の立ち直り反応」とは、体のバランスを崩した際に、首を起こして頭を中心の位置に戻すことで重心を中央に保とうとする動きのことであり、中脳レベルでコントロールされている。

「中枢性運動協調障害」を持つ子どもは、脳の機能に若干の問題を持つことから「首の立ち直り反応」と、それに支えられる「保護伸展反応」に弱さを生ずると考えられる。そのことから、日常生活において転びやすい、転んだ時に手で体を支えられず頭や顔にけがをするというような状態を示すのであろう。

2. 3. 2. 6 直立姿勢、および姿勢保持の問題

最近の子どもの気になる姿の一つとして「姿勢が悪い」ということが指摘されている⁽¹⁵⁾が、LD 及びその周辺群の子どもも、直立姿勢および姿勢保持に関して弱さを示すことが多い。

直立姿勢に問題がある場合、「ハリソン溝」のような胸郭の发育異常⁽¹⁶⁾や、側湾・猫背のような背筋力と関わる問題、O 脚・X 脚のような脚筋に関わる問題などがしばしば観察される。さらに、背中を少し丸め、首をやや前に傾け顎を出している子どももよく見かける。その上、軽く口を開けていることもある。全身の筋力が弱くなっている中で、背筋・胸筋のみならず顎・顎・舌の筋緊張も弱くなっている状態であると言える。

また、姿勢保持が困難な状態もしばしば観察される。LD 及びその周辺群の子どもの中に

は、重心を安定させられず絶えずガサガサと体を動かしている子どもや、すぐに何かにもたれたり、机に肘を着けて頭部を支えたりする子どもをよく見かける。

直立姿勢そのものに問題が現れる場合も、同じ姿勢の保持が困難な場合も、全身の抗重力筋の弱化が根底にあると考えられる。抗重力筋が弱い場合は、土ふまずが形成され難いこと、持久力がなく疲れ易いことなどが指摘されている⁽¹⁷⁾。全身運動をしっかり保障する中で、抗重力筋を強くし、持久力を育てていくことも大切な保育上の課題であると言えよう。

2.3.3 生きる力の弱さを持つ子ども

LD 及びその周辺群の子どもたちは、食べる・眠るといった生活上の課題にも問題を示しやすい。それは、「生きる力」の弱さとも言い得るものである。子どもたちの課題を行動面のみで考えるのではなく、「生きる力」の面でも押さえておきたい。生活の指導の面でも、課題を押さえた保育・養育が望まれていると言えよう。LD 及びその周辺群の子どもたちが、「生きる力」の面において示しやすい問題を整理しておきたい。

LD 及びその周辺群の子どもたちは、自律神経の働きの弱さと思われる症状を示すことが多い。病気ではないけれどもしばしば体の不調を訴える「不定愁訴」を持つ子どももいる。「しんどい」と口にし、体のだるさや倦怠感を主張する子どもがいる。また、腹痛や吐き気を訴える子どももいる。体温調節にも問題を生じやすく、体温が低すぎたり体温の日内変動が大きすぎたりする。

自律神経の機能に多少の問題があると、摂食行動にも不安定さが現れる。非常に少食であったり、その反対に満腹感を感じないのかと思うほど過食であったり、日によって食事の量に大きな差があったりする。嚙む力にも問題が現れ、咀嚼力が弱く丸呑みをしやすい子、咀嚼力も弱いけど飲みこむ力も弱くいつまでも口の中に食べ物を持っている子などが存在する。反対に飴でも何でもカリカリ嚙んでしまう子どももいる。何でも嚙み締めてしまう子どもは、覚醒時に歯軋りをする場合もある。中には石ころのような異物をしばしば口の中に入れる子どももいる。水分補給にも弱さが生じる場合がある。自分からは水分を摂ろうとしないため、大人が意識して水分補強をしないと脱水症状を起こしてしまうという子どももいる。

また、LD 及びその周辺群の子どもたちの中には、体内時計の働きの弱さがあるため生活リズムがつきにくい子どもも多い。寝つきが悪く、なかなか眠らない子どもがいる。眠ったと思っても、微かな物音等で目を覚ましてしまう。反対に、日常的にいつまでも寝ていてなかなか目覚めないという子どももいる。このように生活リズムのつきにくい子どもは乳児期から存在している。一般に子どもの生活リズムに不安定さがある場合、保護者の養育の問題にその責任をもっていくことが多いようだが、子ども自身に弱さがあることから生活リズムが確立しにくい場合もある。保護者も養育上の悩みを持っていることが多く、一方的に保護者を責めるのは正しくない。しかし、体内時計の機能の弱さ故に生活リズムのつきにくい子どもに対しては、規則正しい生活リズムを確立するために規則的生活を保障する努力をし続けることがより一層

必要であると言える。保育者と保護者が共に協力しながら取り組みたい課題である。

保育者は、子どもたちが示す様々な「生きる力」の弱さを見逃さず、保育における生活の指導の中にきちんと課題を位置づけて、家庭とも連携しながら保育実践を展開する必要があるであろう。

2.3.4 情緒の働きに問題がある子ども

LD 及びその周辺群の子どもたちは、情緒の働きにも問題を生じやすい。

すぐにキレル、パニックを起こしやすいというのは、ADHD の診断基準の一つにもあげられている症状であり、LD 及びその周辺群の子どもにもしばしば見られる。

以前、自然現象を怖がる小学校4年生男児の相談を受けたことがある。雨の音、風の音を異常に怖がり、激しい風雨の時には耳栓をして蒲団に潜り込んだり、大人にしがみついたりして震えているらしい。保護者が学校の担任教師に相談すると、「親の問題だ。親が神経質だから」と言われたという。彼は、産休明けから保育所で育ったが、保育所時代から節分の行事の際に保育者が仮装した鬼を見たり、宿泊保育の際に肝試しをしたりすると、異常に怖がってパニック状態になっていたそうである。彼に諸心理検査を試みると、「話す」力に大きな落ち込みがあり、LD と診断することができた。

情緒が安定しない問題があると、一般的には母子関係や家庭の養育にその原因を求める傾向が強いが、このように実は子ども自身が神経心理学的問題を持っていると思われる場合も多い。原因分析を間違えると、必然的に保育方針に誤りが生じてくる。子どもを正しく理解することこそ、保育の出発点であると言えよう。

III 言語性優位の LD で ADHD を併せもつ幼児の事例

次に、LD と ADHD を併せもつ幼児の事例を紹介したい。これまで述べてきた症状がどのように現れるのかを具体的に示し、その事例について、子ども理解の視点と保育実践の課題を整理することで、本研究のテーマに迫りたいと思う。

3.1 事例 H 児

事例 H、保育所の4歳児クラスに在籍する男児。日常の保育の中では、「無目的な活動が目立つ」「泥遊びなど、特定の活動を嫌がる」「こだわりがきつい」「泣き喚くというパニックを起こし易い」「走り方がぎこちない」「指先が不器用」「しかし、発達の全体的遅れは感じられない」等の姿を見せていた。担任保育士は、本児の状態と行動に理解の難しさを感じていた。

午睡から目覚めおやつを食べている時、及びその後の時間帯における本児の様子を観察した。本児は、何をやるということでもなく、当たりをウロウロしている。そして、時々立ち止まり、「ウオーッ」と叫び声をあげていた。

保育室に掲示されている本児の絵画は、顔から直接に脚が出ている「頭足人」。顔の輪郭となっている円は、ぎこちなくギザギザの線で描かれている。

3.2 発達診断

本児の発達診断を行なう。検査時は絶えずガサガサし、じっとしていられない様子が観られた。しばしば課題を中断し、立ち歩いた。注意集中は極めて悪い。室外の様々な刺激に反応し、被転導性の高さを示した。視線が合い難く、課題遂行時に手元を見る力も弱い。

3.2.1 検査結果

新版 K 式発達検査を実施し、以下のような検査結果を得た。

生活年齢 = 4:7

発達年齢 = 4:1

発達指数 = 89

| | | |
|---------|-------------|------------|
| 姿勢・運動領域 | 発達年齢 = 3:6 | 発達指数 = 76 |
| 認知・適応領域 | 発達年齢 = 3:6 | 発達指数 = 76 |
| 言語・社会領域 | 発達年齢 = 4:10 | 発達指数 = 104 |

(+) の上限「5 数復唱」(6:0~7:0)

(-) の下限「十字模写例後」(2:6~3:0)

領域間のアンバランスが目立つ。観察や種々の補足検査と合わせて、次のような検査所見を得た。

3.2.2 検査所見

3.2.2.1 姿勢・全身運動領域

両足跳び、飛び降り、階段を交互に脚を出して上り下りすること等はできる。ケンケン足のみ 20 歩以上できる。右足ケンケン足は 1~2 歩のみ。スキップはできない。3 歳半頃(二次元形成期)の発達と思われる。

X 脚、外反足を示し、全身の抗重力筋の弱さが窺える。また、常に口を半開きにしていることから、顎や唇の筋緊張の弱さが知れる。正中線交差の運動が困難で、右手で左耳、左手で右耳を同時に持つことはできない。左目利き、右手利き、左脚利きであり、ラテラルティの混乱があるため、協応運動に問題を示しやすいと推察することができる。エアーズ方による ATNR 検査においては、顔を右に向けた時、左腕に屈曲反応が現れる。座位における前方・側方・後方の保護伸展反応は獲得している。

3.2.2.2 手指機能・操作領域

積み木による構成課題では、「積み木の塔 8」(+),「トラックの模倣」は、やり直してなんとか可。「家の模倣」(+),「門の模倣例後」(-),「階段の再生」(+)。その他の構成課題においては、「四角構成例前」(+),「模様構成 I 1/6」(-),「トラックの模倣」や「門の模倣」

等，比較的易しい課題につまずきを見せるのに，「階段の再生」のように難しい課題ができるという不安定さを示す。

描画課題においては，「円模写」(+)「十字模写例後」(-)。縦線と横線を組み合わせて十字を描くことができず，1本の縦線を引き，その中央から左方向に1本，右方向に1本の横線を引く。例示をして見せても，本児の反応は変わらない。「正方形・三角形・菱形模写」(-)。「人物完成」は，6/9まで可。本児は右利きであるが，画面左側の腕と手を描き難そうであった。

「積木叩き」は不可。この時，検査者が本児の左側から右側へ積み木を叩いて例示しているにも関わらず，本児はすぐに自己の右側から叩こうとする。「13の丸」を数える際も同様に，右から左へと手を動かそうとする。何度も注意が必要であった。運動系列に問題が感じられる。

指で「1つ」「2つ」「3つ」を作ることは可能。「キツネ」の形はできない。両手交互開閉においては，重畳反応を示す。鋏の使い方は不器用で，手の平を外向きにして切ろうとする。形を切りぬくことはできない。

以上のことから本児は，構成，手指機能分化，両手の協応等では，概ね3歳半頃（二次元形成期）の力を持っていると考えられるが，「書く力」の落ち込みを見せる。また，十字模写の課題等では，構成失行も疑われた。併せて，運動系列の問題も感じられた。道具の操作も下手で不器用な印象を与える。

3.2.2.3 言語・認識領域

「13の丸」が正しく数えられ，「数選び8」も可。「指の数」もよく理解できている。応用問題の形で尋ねる「5以下の加算」も2/3できた。10以上の数概念が形成されていると判断できる。「左右弁別」(+)。「色の名称」(+)。なお，色の名称については，当初「レッド，イエロー，ブルー，グリーン」と答えるので，「日本語では？」と問うと，「赤，黄，青，緑」ときちんと解答する。語彙はかなり多いと考えられる。「～した時はどうする？」と尋ねる「了解問題」においては，3歳レベルの「了解Ⅰ」(-)，4歳レベルの「了解Ⅱ」(+)，5歳レベルの「了解Ⅲ」(-)と，ここでも不安定さを示す。語彙が多く，多弁でもあるが，対話能力が高いとは感じられない。なお，発音は不明瞭。

言語・認識領域としては，4歳頃の発達の質的転換期を越え，4歳半程度（二次元可逆抜けの発達段階）の力を持っていると評価し得る。

3.2.3 診断所見

以上の検査所見より，本児は，「書く力」に落ち込みを持ったLDであり，さらに，ADHDの症状も併せ持っていると考えられる。被転導性が高く，課題に対する定位に弱さを示す。視線が合い難いという症状ももっている。

3.3 発達課題及び保育上の配慮事項

上記の診断所見より、本児の発達課題及び保育上の配慮事項について、次のように考えることができる。

1. 全身運動を充分に行ない、抗重力筋を強くする。
2. 「リズム運動」等の全身運動の取り組み中で、「手と脚、右と左の協応運動」を積極的に取り入れる。
3. 「手で身体を支える運動」に力を入れ、手首・腕・肩・胸・背中の筋力を強くすることで、手指の巧緻性の土台となる力を培う。
4. 本児が苦手とする描画活動を楽しめるように工夫し、豊かに展開する。
5. 生活経験を言語化する活動を位置づけ、ことばを上滑りさせないように留意する。
6. 二次障害を防ぐために、「肯定的自己イメージの形成」に留意する。
7. 生体リズムに合った生活リズムを確立する。

3.4 事例から明らかになること

本児は、保育の中で「発達の遅れはないと思われるのに、様々な行動上の問題を示す」ということにより、保育者にとって「理解が難しい子ども」とされていた。このような場合、往々にして、その原因が保護者の養育態度にあるとされたり、本児のわがままな性格によるものと理解されたりしがちである。

保育者と本児についてのケース協議を行ない、上記の診断所見と発達課題及び保育上の配慮事項について報告したところ、「明日から本児に対して優しくなれるような気がする」という感想が保育者から返ってきた。

本児の状態が正しく理解されないと、保育者もいらいらさせられ、どうしても叱ることが多くなる。叱ることは、本児の行動の改善に繋がらないばかりでなく、将来的には二次障害を引き出し、行動上の問題をさらに拡大し、反社会的行為や非社会的行為につなげて行く可能性さえある。保育者は、本児が示す行動上の問題を障害の症状として理解し、できる限り適切な関わりを持つための努力をすることが求められる。

IV LD 及びその周辺乳幼児の保育実践上の課題

これまで述べてきたような LD 及びその周辺群の子どもたちに対する理解をふまえた上で、これらの子どもたちに対する指導上の一般原則を再度整理しておきたい。

4.1 子どもの発達や障害の特徴を正しく理解する

LD 及びその周辺群の子どもたちの指導に当たっては、まず、その子どもの発達や障害の特

徴を正しく理解することが指導の前提となる。

先にも述べたように、LD は様々な状態を表す包括的な用語である。LD の中にもいろいろなタイプがあり、さらに ADHD や中枢性運動協調障害を併せ持っている子どもも、そうでない子どももいる。

以前、ある教育実践研究会に参加した際、一人の子どもの事例が報告された。提案は、保護者の養育上の問題に起因して子どもに行動上の問題が生じていると分析されたものであった。しかし筆者は、子どもの状態を聞いていて気になるところがあったので、LD である可能性の有無を尋ねた。提案者はその疑いを否定し、判断基準として「以前に担任した LD の子どもと全くタイプが違う」ということを挙げた。事例の子どもが LD であるかどうかはわからないが、他の LD 児と状態が異なるというのは、その子どもが LD でないという論拠にはならない。LD については、そのような経験的判断をしてはならないのである。

ある子どもの問題分析を、家庭の養育態度によるものと理解するか LD と理解するかでは、指導方針が大きく異なってくる。実際には一人ひとりの子どもは多面的要素を持っているため、原因を一つの要素だけに限定して理解することはできない。しかし、LD あるいは ADHD というような子どもの中枢神経系の機能障害がある場合には、それを事実として正しく受け止めなければ対応を誤ってしまう。

また、随分以前のことであるが、次のような事例と出会ったことがある。その頃は、「LD」の概念がまだ一般的に知られていなかったために、相談機関でも的確に LD と診断するところは少なかった。ある保護者が子どもの状態にアンバランスを感じ、相談機関へ行った。そこで「LD ではないでしょうか？」と気になっていることを尋ねた。すると、相談担当者から、「そんな『かわいそうなこと』を言うてはいけません」と言われたという。「かわいそうなこと」という表現でその保護者は相談員に信頼感をなくしてしまった。その子が LD であるとしてもないとしても、「LD を『かわいそう』ととらえる人に相談はできない」というのが保護者の気持ちであった。その後その子どもは、他の機関で LD と診断された。保護者は、「事実を知りたかった」と語った。それが事実であれば事実を受け入れ、そこから新たな養育の課題を見つけたいと考えていたのであった。

LD 及びその周辺群の子どもたちを指導するに当たっては、何の力がどのように落ち込んでいるのか、どのようなことが苦手なのかを正しく理解し、適切な対応のあり方を工夫する必要がある。そのために、保育・教育機関は、医学や心理学等の他の専門職、あるいは他の専門機関と連携し、子ども理解を深めなければならない。地域にいろいろな専門職のネットワークが必要であると言えよう。

なお、医療機関や相談機関と連携する際、同じ子どもが、診断者によって「LD」と言われたり、「ADHD」と言われたり、「高機能自閉症」と言われたり、「アスペルガー症候群」と言われたりすることがある。それに戸惑い混乱する保護者も多い。しかし先にも述べたように、

LD と ADHD 及びその周辺群は、互いに障害が重なりあっていることもあるし、他の障害を併せ持っていることもあるため、子どもの症状のどの部分を中心に診断するかにより診断名が異なる場合も時としてある。診断名に変更があっても、必ずしも子どもの状態が変化している訳ではない。そのように診断された場合は、子どもの示す問題を環境要因のみで捉えず、障害の症状として理解し、実践の課題を探ることである。診断名に振りまわされる必要はない。大切なことは、保育・養育の実践課題を明確にすることなのである。

4.2 指導上のポイント

LD 及びその周辺群の子どもたちの指導に当たっては、子どもの発達や障害の特徴を正しく理解した上で、以下のような点に留意したい。

4.2.1 生活リズムを確立し、発達の土台をつくる

まず、生活リズムを確立することが重要であろう。それは、発達の土台を培うことでもある。

生活リズムの乱れは、視床下部や脳幹等の機能を低下させ、自律神経の失調や情緒の不安定さと結びついて行く可能性が高い。「生きる力」を育てるためには、規則正しい健康的な生活の保障が欠かせない。

生活リズムを確立するためには、早寝・早起きと十分な睡眠を保障することがまず重要である。しかし、生活リズムとは睡眠のリズムのみを指すものではない。活動のリズムも含めて「生活リズム」と捉えなければならない。寝て、起きて、食べて、排泄して、活動するという24時間の生活を健康的に組織することが、生活リズムの確立なのである。

早寝・早起きと十分な睡眠を保障した上で、栄養のバランスのとれた食事を規則正しく、しかも楽しく摂ることが重要であろう。そしてさらに、楽しく豊かに活動する毎日を子どもたちに保障したいものである

4.2.2 全身の粗大運動・手指の微細運動を充分に行なう

子どもの脳の機能を高めるためには、身体や手を能動的に動かすことが不可欠である。全身の粗大運動と手指の微細運動を豊かに保障したい。

先にも述べたように、LD 及びその周辺群の子どもたちは、粗大運動や微細運動にぎこちなさや不器用さを示すことが多い。そのためこれらの運動を嫌うこともある。しかし保育・教育においては、できるだけ楽しく能動的に全身と手指を使うように工夫しなければならない。子どもの好きなことと組み合わせること、たとえば、ゲームが大好きな子どもであればゲーム的要素を取り入れながら運動する等の工夫も良いかも知れない。また、散歩に出かけることを毎日の日課にする中で、歩く活動を保障するというようなことも必要であろう。生活の中の日課に位置づけていくと、子どもは苦手な活動にも当たり前のように取り組むようになる場合が多いからである。また、子どもと一緒に大人が楽しそうに活動して見せることも必要であろう。

子ども集団全体で、その活動を行なうことも、支えになるかもしれない。

その子どもにとって、どのような粗大運動・微細運動が必要なかを明らかにし、さらに、その活動をどのような形で生活と遊びの中に入れていくのかを考えた保育・教育実践の展開が求められるであろう。

4. 2. 3 遊びを豊かにする中で、対人関係と情緒の働きを育てる

LD 及びその周辺群の子どもたちに対する指導上のポイントの3つ目は、遊びを豊かにする中で、対人関係と情緒の働きを育てるということである。

LD 及び ADHD の子どもたちが情緒に不安定さを持ちやすいことや、対人関係が悪くなりやすいことはすでに説明した通りである。そうであるならば、遊びの指導がより一層重要であると言えよう。LD の子どもたちは、興味に偏りがあるため、遊びの範囲も狭くなりがちである。子ども集団の支えと大人の的確な指導の下で、遊びを豊かにしていきたい。

最初はまず、子どもが興味を持てるものから取り組んでいくと良いであろう。その際、大人や周囲の子どもも楽しんでいることが重要である。そして、その子どもが人との関係の中で声を出して笑っているような遊びを大切にしたい。保育者や友達と笑顔・笑い声を共有するような遊びを豊かに展開する中で、対人関係と情緒の働きを育てていきたいものである。

4. 3 「基本的安全感」を大切にし、二次障害を防ぐ

LD 及びその周辺群の子どもたちは、行動のコントロールが悪いために、どうしても日常生活において叱られることが多くなりやすい。誉められることは少ない。そうすると、必然的に自己イメージが否定的になる。

筆者は、自己に対して肯定的イメージを持ち、「自分は自分であって良い」と思う気持ちを「基本的安全感」と呼んでいる。子どもが「僕は僕」「私は私」「自分は自分」であることを肯定的に捉えること、すなわち「自分は自分であって良い」と確信を持つことは重要なことである。いつも叱られてばかりいる子どもが、自己に対して肯定的なイメージを形成し、基本的安全感を確立することは極めて困難である。そのことを大人は理解しておかなければならない。

LD 及びその周辺群の子どもたちに対しても、必要以上に叱らないよう配慮することが重要である。彼らは自己の行動をコントロールできない状態をもっているので、叱ることは決して効果的ではない。叱らずに子どもに気づかせる方法を、大人は工夫したい。そして、その子どもにとってコントロールしやすい方法を考えたい。

LD や ADHD の子どもたちが、自己を否定的に捉えることによって、二次的に情緒の問題を引き起こしたり、反社会的・非社会的になったりしないよう、基本的安全感の確立を援助したい。そのためには、毎日の生活の中に「達成感」があること、大人に愛されているという安心感があること、集団の中に居場所があることなどが重要な条件となろう。何よりも大切なことは、「あなたはあなたであって良い」ということを、大人がことばと態度と表情で子どもに

伝え続けていくことであろう。

4.4 一人ひとりを大切にしたい集団保育を

LD の子どもたちは、集団活動が苦手である。刺激が多すぎるとパニックを起こしやすくなる子どももいるため、個別に対応しなければならない場面がどうしても多くなる。保育の中で個別対応を行なっていくことは、大切なことである。しかし、常に1対1の対応を行なうことが一人ひとりを大切にする保育であるとは言えない。「一人ひとりを大切にする」ということは、「一人ひとりバラバラで良い」ということではない。

筆者は、「一人ひとりを大切にする保育」というのは、「一人ひとりの課題を明確にした保育」であろうと考えている。子どもたち一人ひとりは、それぞれに様々な課題を持っている。その一人ひとりの課題を踏まえて、適切な配慮と指導を行なわなければならない。しかし、その「適切な配慮と指導」は、必ずしも個別対応とは限らない。

アメリカでは、「全米障害者法」に基づいて、「IEP」すなわち「個別指導計画」が立てられると聞く。しかし、それは「個別指導の計画」ではなく「個別の指導計画」であるという。障害児一人ひとりに、各専門家の意見を集約して「個別の指導計画」を立てるが、実際の指導は集団で行なうのだそう。すなわち、「個別の指導計画」は、決して保育・教育の集団性を否定するものではないのである。

LD 及びその周辺群の子どもたちに対しても、一人ひとりの課題を明確にしながら、時には個別対応も取り入れながら、集団の活動を保障していくことが大切であると言えよう。

4.5 家庭との連携

LD 及びその周辺群の子どもたちの場合、保護者は幼い頃より「育て難い」という悩みをもっている場合がある。そして、それが自己の養育態度に起因しているのではないかという不安と、「そうではない」と否定し「子どもとはこのようなものだ」と思いたい気持ちが交錯しながら今日に至っている場合が多い。他者から子どものことで非難されたり、責められたりした経験もあるかもしれない。他人から受ける子どもへの評価に対しては過敏になりやすい。不安が大きい故に、ディフェンスが一層高くなるという場合もある。そのような保護者の心の揺れや葛藤を理解する姿勢が保育者に無ければ、保育者と保護者が手を取り合って子どもに向かい合っていくことは困難になる。

何度も述べたように、LD 及びその周辺群の子どもたちが示す行動上の問題は、ややもすると保護者の養育態度に責任があると決め付けられ、保護者が一方的に非難されやすい。そしてしばしば、保護者には子どもの問題が理解できていないと保育者に思いこまれてしまうこともある。しかし、実は保護者も心の中では深く悩んでいるということも多い。保護者がそのことを表現しないのは、保育者との信頼関係が十分にできていないからなのかもしれない。

保育者に求められるのは、保護者を一方的に責めることなく、行動上に問題がある子どもを育てることの難しさや保護者の悩み等を理解するための努力をすること、そして、自らの保育課題を明確にした上で養育上の課題を共に考えることであると言える。

保育者と保護者の子ども理解を共通にし、手を取り合って子どもを育てていくことが重要であろう。

お わ り に

発達全体に遅れは無いが特定の能力に落ち込みを示したり、行動上の問題をもっていたりする子どもについて、保育者が子ども理解と保育方針の確立に窮している現状がある。障害児の相談体制等が一定整いつつある地域においても、その子どもが果たして相談の対象となる子どもなのかどうか、他の専門機関と連携するために保護者にどのように伝えたら良いのか等を迷うことが多いという。LD 及びその周辺乳幼児の早期発見の体制を整えること、さらに適切な指導方法を確立することが緊急の課題になっている。本小論が、その一助となれば幸いである。

〔注〕

- (1) 榊原洋一『「多動性障害」児「落ち着きのない子」は病気か？』講談社，2000。
- (2) 上野一彦編「学習障害児の相談室」有斐閣，1987。
- (3) 榊原洋一『集中できない子どもたち ADHD（注意欠陥・多動性障害）なんでも Q & A』小学館，2000。
- (4) 丸山美和子「最近の子どもに見られる発達上の歪みに関する一考察～問題分析と克服を考える視点について～」『保育の研究 17』保育研究所，2000. 7。
- (5) 福嶋 章『子どもの脳が危ない』PHP 研究所，2000。
- (6) 久保田競『脳の発達と子どものからだ』築地所管，1981。
- (7) American Psychiatric Association，高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸訳『DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き』医学書院，1995。
- (8) 榊原洋一，前掲書。
- (9) 松野豊編著『障害児の発達神経心理学』青木書店，1990, p. 269。
- (10) 久保田競『左右の起源と脳』朝倉書店，1991。
- (11) 丸山美和子「片脚けんけんにおける左右差とラテラルティの確立に関する研究」東大阪市教育研究所『研究紀要』第 94 号，1992。
- (12) 丸山美和子「言語性優位の子どもの理解と指導～言語性優位の子どもの神経心理学的特徴について～」東大阪市教育研究所『研究紀要』第 99 号，1997。
- (13) エアーズ，宮前珠子他訳『感覚統合と学習障害』協同医書出版社，1978。
- (14) エアーズ，同上書。
- (15) 正木健夫・野口三千三編『子どものからだは触まれている』柏樹社，1979。
正木健夫編『新版 子どものからは触まれている』柏樹社，1990。
- (16) 正木健夫編『新版 子どものからは触まれている』柏樹社，1990。

- (17) 丸山美和子「子どもの体のひずみと運動機能の発達」『研究紀要』第82号, 東大阪市教育研究所, 1982。
丸山美和子「土ふまずの形成と乳幼児期の活動」『研究紀要』第83号, 東大阪市教育研究所, 1983。

[付記] 本論文は, 平成 13 年度特別研究助成を受けた研究成果の一部をまとめたものである。

(まるやま みわこ 社会福祉学科)
2002 年 10 月 16 日受理